THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

63

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Etienne MARRO

Né à La Seyne-sur-Mer (Var), le 11 mars 1887
Ancien externe des hôpitaux de Paris

ESSAI

SUR

LA COCCYGODYNIE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Médecine

M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

Membre de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin des Hôpitaux

Chirurgie

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien des Hôpitaux

Accouchements

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

ESSAI

SUR

LA COCCYGODYNIE

AVANT-PROPOS

Depuis la mise en vigueur de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, les affections ayant une origine traumatique ont acquis une importance médico-légale toute particulière. Petit à petit on a été amené à en reprendre l'étude pour préciser et mettre au point les notions qu'on possédait à leur sujet. Cette sorte de révision est aujourd'hui presque achevée, du moins, en ce qui concerne les affections les plus communes.

Il reste cependant encore quelques lacunes relatives à des cas peu fréquents. Ces cas, en raison même de leur rareté, soulèvent parfois des problèmes médico-légaux des plus délicats.

Donc, sur le conseil de notre maître, M. le Dr Courtois-Suffit, nous avons repris l'étude d'une affection relativement rare sur laquelle aucun travail d'ensemble n'avait encore été publié en France au double point de vue clinique et médico-légal : la *coccygodynie*.

Après avoir étudié les travaux effectués sur ce sujet, en France et à l'étranger, nous nous sommes efforcé, dans une sorte de revue générale, de rassembler et de mettre au point les diverses notions que l'on possède actuellement sur cette affection.

DÉFINITION. — HISTORIQUE

La coccygodynie ou coccyodynie (du grec κόκκυξ = coccyx et ὀδύνη = douleur), est caractérisée par une douleur violente siégeant dans la région ano-coccygienne. Il est difficile d'en donner une définition plus précise ; nous verrons en effet, que les causes capables de provoquer la coccygodynie sont multiples, que les lésions anatomo-pathologiques en sont des plus variables et que la douleur violente localisée est le seul symptôme vraiment constant et en quelque sorte pathognomonique de la coccygodynie.

Il est peu d'affections aussi douloureuses et aussi rebelles aux moyens thérapeutiques que la coccygodynie. Si cependant on parcourt les traités de médecine et de chirurgie modernes, c'est à peine si on trouve cité le nom de cette affection. Seuls les traités de gynécologie, en raison de la fréquence de la coccygodynie chez la femme, lui attribuent une place un peu plus importante.

L'étude de la coccygodynie remonte à une date relativement récente :

C'est en 1844, en effet, que *J.-C. Nott* de *Mobile*

publia dans le *New-Orléans Médical Journal* le premier travail sur ce sujet.

Il faut attendre jusqu'en 1869, jusqu'aux travaux de *Simpson* pour en trouver une étude d'ensemble un peu complète. C'est *Simpson* qui lui donna son nom en lui consacrant un article complet au sein de son ouvrage : *Coccygodynie and the diseases and deformitis of the coccyx.*

Presqu'en même temps un auteur allemand, *Scanzoni*, publiait un article dans le *Wurtzburg medizin Zeitschrifft.*

Nott en Amérique, *Simpson* en Angleterre, *Scanzoni* en Allemagne, tels sont les trois auteurs auxquels on doit les premières études sur la coccygodynie.

A l'étranger on a continué à publier de nombreuses observations de coccygodynie : nous citerons seulement celles de *Kruckenberg*, *Erichsen*, *Erb*, *Rosenthal*, etc.

En France, au contraire, peu d'auteurs ont étudié cette affection : *Gosselin*, *Gilette*, *Dolbeau* et *Delens*, *Nélaton*, en ont publié des observations. L'étude de la coccygodynie tomba peu à peu dans l'oubli jusqu'en 1904. *Courtois-Suffit* publia alors l'observation d'un cas survenu à la suite d'un traumatisme et en montra les difficultés d'interprétation au point de vue médico-légal. D'autres observations furent alors publiées par *Carrière*, *Courtois-Suffit* et *Bourgeois*, *Balthazar*, etc.

La question fut discutée en 1910 à la Société de

Médecine légale ; l'origine traumatique possible de la coccygodynie est admise actuellement par tous les médecins-experts. On ne discute plus, au point de vue médico-légal, que sur le quantième d'infirmité qui résulte de cette affection.

ANATOMIE

Avant d'aborder l'étude proprement dite de la coccydynie, il est utile de rappeler aussi brièvement que possible quelques notions anatomiques sur la forme et les rapports du coccyx, notions qui expliquent certaines circonstances étiologiques, certains symptômes de cette affection et qui permettent également de mieux comprendre la technique des diverses interventions qui ont été proposées pour la traiter.

Le coccyx, os impair, médian et symétrique, est situé au-dessous du sacrum dont il continue la direction générale curviligne.

Il est primitivement formé de plusieurs pièces osseuses indépendantes, véritables vertèbres coccygiennes rudimentaires, en général au nombre de cinq qui se soudent peu à peu en suivant une marche ascendante.

On sait que le nombre de ces vertèbres est plus considérable chez les animaux où elles constituent le squelette de la queue.

On peut décrire au coccyx une face antérieure, une face postérieure et des bords latéraux.

La *face antérieure* est concave et lisse. Elle pré-

sente cependant de petites saillies transversales, vestiges des sillons de séparation des vertèbres coccygiennes primitives. Cette face se met en rapport, en avant, avec la face postérieure du rectum et est facile à explorer par le toucher rectal. C'est cette face antérieure du coccyx qui se trouve repoussée par la tête du fœtus au cours de l'accouchement.

La *face postérieure* est au contraire, convexe et rugueuse. Elle est en rapport avec la peau par l'intermédiaire de masses musculaires plus ou moins épaisses. Elle peut être explorée directement par la palpation, c'est le seul fait à retenir au point de vue médical.

Les *bords latéraux* sont obliques en bas et en dedans et contribuent à donner à cet os l'aspect d'une pyramide. Ils donnent insertion aux muscles ischio-coccygiens dont on peut vérifier l'état de relâchement, ou au contraire de contracture par le toucher rectal.

La *base* du coccyx, supérieure, présente une facette ovalaire, articulaire avec le sommet inférieur du sacrum.

En arrière de cette face articulaire on note deux saillies, les *cornes du coccyx*, qui s'articulent avec les saillies correspondantes du sacrum.

Le *sommet*, ou *pointe du coccyx*, inférieur est arrondi, superficiel, quelquefois bifurqué. Il regarde en bas et en avant. Il est facile de le sentir à la palpation. Il donne attache au muscle releveur de l'anus et au sphincter anal.

Le coccyx est maintenu dans ses rapports avec les organes voisins par les muscles qui s'insèrent sur ses bords et à son extrémité et surtout par son articulation avec le sacrum.

Cette articulation sacro-coccygienne se fait par des ligaments antérieurs, postérieurs et latéraux.

Le *ligament antérieur* est constitué par du périoste allant de la base du coccyx au sommet du sacrum. Le peu de solidité de ce ligament explique la facilité avec laquelle le coccyx peut être repoussé en arrière.

Le *ligament postérieur*, au contraire, est épais et résistant. Il s'attache aux bords de la gouttière inférieure du canal sacré et gagne la face postérieure du coccyx. Il est renforcé par deux expansions latérales qui se fixent sur les faces latérales du sommet du sacrum, d'une part et sur les angles supérieurs du coccyx, d'autre part.

Entre les surfaces articulaires, s'interpose un *fibro-cartilage interosseux* plus ou moins dur, d'autant plus résistant que le coccyx est plus mobile. Ce fibro-cartilage qui permet au coccyx quelques mouvements plus ou moins étendus, se ramollit pendant la grossesse, permettant la rétropulsion du coccyx au moment de l'accouchement. Il s'ossifie par contre à partir de trente-cinq à quarante ans, L'articulation sacro-coccygienne devient alors absolument rigide et s'ankylose complétement.

Les différentes pièces du coccyx peuvent ne pas être toujours soudées entre elles. Il existe assez fréquemment de véritables petites articulations, en

particulier entre les première et deuxième, les deuxième et troisième pièces coccygiennes.

Ces petites articulations sont formées de petites facettes articulaires entre lesquelles viennent s'interposer de petits disques fibro-cartilagineux qu'une gaine fibreuse unit entre eux.

ÉTIOLOGIE

Si l'on consulte les traités de gynécologie et les différents articles publiés sur cette affection, on y voit signalé que la coccygodynie est une affection qui ne se rencontre en général que chez la femme.

C'est ce qu'exprime en particulier M. le professeur *Pozzi* au début de son excellent article sur la coccygodynie dans son *Traité de Gynécologie*.

« On désigne sous le nom de coccygodynie une affection caractérisée par une douleur intense localisée au coccyx, *qui se rencontre presque exclusivement chez la femme* et qui est souvent liée à des maladies de l'appareil génital. »

Telle est la définition qu'acceptent tous les auteurs actuels. Cependant en recherchant les différentes observations de cette affection qui ont été publiées dans la littérature médicale, nous avons pu nous convaincre, que, bien que très fréquente chez la femme, et liée dans ce cas à des affections de l'appareil génital, la coccygodynie est loin d'être exceptionnelle chez l'homme où elle peut avoir des origines diverses.

Il y a donc lieu de reconnaître à la coccygodynie

une origine soit obstétricale, soit génitale, soit extra-génitale.

A. — Origine obstétricale

Dans le cas où la coccygodynie débute à la suite d'un accouchement laborieux, on peut, avec l'auteur allemand Scanzoni, expliquer son apparition de la manière suivante :

« Le traumatisme de l'accouchement porte sur le coccyx et sur les parties les plus voisines ; le refoulement forcé du coccyx en arrière, la déchirure des ligaments sacro-coccygiens latéraux, le frottement et l'écrasement des diverses parties de cet os; voilà certainement des causes suffisantes pour provoquer un travail hyperhémique exsudatif entre les divers ligaments du coccyx et entre cet os et le sacrum.

« En réfléchissant ensuite que les différentes dislocations et synostoses qui persistent souvent dans les diverses parties osseuses après l'accouchement, s'accompagnent d'un changement de position des ligaments coccygiens postérieurs et latéraux on comprend que les nerfs coccygiens restent tiraillés et comprimés. »

Les applications de forceps favorisent l'apparition de la coccygodynie. Sur neuf cas occasionnés par l'accouchement observés par Scanzoni, cinq avaient été précédés d'applications de forceps.

Pendant la grossesse on a pu observer la coccygodynie comme élément du *syndrome douloureux bénin* de Pouliot et Vignes.

B. — Origine génitale

1° *Chez la femme.* — La coccygodynie peut également apparaitre chez des femmes atteintes d'affection de l'utérus et des annexes. Ces lésions, si elles ne suffisent pas, comme la plupart des causes de la coccygodynie à expliquer complètement et à elles seules, la localisation et l'intensité de la douleur paraissent pourtant liées à son apparition et à sa tenacité.

« Les maladies chroniques des organes du bassin jouent aussi, dit encore Scanzoni, un rôle capital dans l'étiologie de cette maladie. La métrite chronique, l'ovarite, la rétroversion de l'utérus, etc., accompagnent fréquemment cette maladie et nous ne nous rappelons par un seul cas où nous ayons eu ce mal non compliqué par une affection des organes du bassin. Nous l'avons vu, au contraire compliquer si souvent la métrite chronique que nous croyons pouvoir la mettre au nombre de symptômes fréquents de cette maladie. »

2° *Chez l'homme.* — Au cours d'une prostatite chronique on observe parfois une violente douleur dans la région anococcygienne. Mais il s'agit plutôt d'une *topoalgie*. Elle s'accompagne en effet de

dépression nerveuse considérable et d'hypochondrie sexuelle.

C. — Origine extra-génitale (Dans les deux sexes)

Les deux principales causes que nous venons de signaler (accouchement, maladies de l'utérus et des annexes) ne se rencontrent que chez la femme.

Les circonstances étiologiques que nous allons examiner maintenant peuvent se présenter chez l'homme et chez l'enfant aussi bien que chez la femme.

La coccygodynie ayant une origine extra-génitale peut être due à des causes diverses, que, pour plus de clarté nous diviserons en deux groupes : *Causes non traumatiques, causes traumatiques.*

1° *Causes non traumatiques.*

Les affections de l'anus : fistules, fissures, ulcérations, etc. ;

Les affections du rectum : hémoroïdes, tumeurs et toutes les causes pouvant agir sur les muscles des régions périnéales peuvent déterminer la coccygodynie.

Une autre origine fréquente serait pour Courty le *refroidissement*. Cet auteur publia l'observation d'une malade qui fut atteinte de coccygodynie parce qu'elle avait l'habitude de dormir pendant l'été le corps découvert, le siège appliqué contre le mur.

Worms a noté également le refroidissement à l'origine de la coccygodynie et narré l'histoire d'un

médecin qui fut pris d'une violente douleur coccygienne pour s'être assis sur le siège de sa voiture mouillée par un orage. Carrière enfin, rapporte un cas de coccygodynie qui fut attribué par la malade à un séjour de trois heures qu'elle fit, assise sur le sable humide au bord de la mer.

On a également signalé comme cause de la coccygodynie *la constipation*. Les malades attirent en effet régulièrement l'attention du médecin sur l'état de constipation opiniâtre dans lequel ils se trouvent. On pourrait donc être appelé à penser que cette constipation s'observant chez tous les malades est un des facteurs étiologiques principaux de la coccygodynie. Cela est possible dans certains cas mais non dans tous et souvent la constipation est la résultante de l'affection et non sa cause.

Nous verrons en effet, en étudiant la séméiologie de la coccygodynie, que la douleur caractéristique de cette affection étant particulièrement exacerbée au moment de la défécation, le malade, afin d'éviter des souffrances plus grandes se retient le plus souvent. Il détermine ainsi et sans s'en rendre bien compte, l'état de constipation dont il se plaint.

2° *Causes traumatiques.* — La coccygodynie peut survenir à la suite d'un traumatisme.

Cette origine, lorsqu'elle peut être précisée et affirmée présente un intérêt capital en médecine légale.

Elle permet en effet, en cas d'accident du travail de rattacher la coccygodynie au traumatisme initial.

L'origine traumatique de la coccygodynie a déjà été signalée par quelques auteurs étrangers.

Scanzoni avait déjà pensé que *l'exercice du cheval* pouvait avoir une grande influence sur la production de la coccygodynie ; chez deux de ses malades, il était impossible d'attribuer la douleur à une autre cause. Cette origine, sans doute possible doit être assez rare. La coccygodynie n'a, en effet, jamais été signalée dans l'armée, même dans les régiments de cavalerie où elle devrait être des plus fréquentes.

L'introduction de corps étrangers volumineux ou irréguliers dans le rectum a été également signalée comme cause de la coccygodynie. Ce sont là, en somme des exceptions.

Le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'une coccygodynie d'origine traumatique, la cause en est une *chute ou un choc direct sur le coccyx*, déterminant vraisemblablement une luxation, une fracture et quelquefois une simple contusion de cet os.

Zweifel a rapporté une observation de coccygodynie consécutive à une *chute* qui détermina probablement une fracture du coccyx. La douleur disparut au bout d'une année.

Rockwell est le premier auteur qui ait insisté sur l'origine traumatique de la coccygodynie dans un article paru en 1876 et intitulé : *Sur 3 cas de coccygodynie traumatique.*

Dans une observation de Carrière une femme fut atteinte de coccygodynie pour s'être heurtée le coccyx sur le coin d'une table ; le même auteur raconte l'histoire d'un cocher de fiacre, atteint de la même affection qu'il attribuait à une chute sur les fesses faite en tombant du haut de sa voiture.

Courtois-Suffit, en publiant en 1904 la première observation de *Coccygodynie, accident du travail* attira l'attention des médecins sur l'origine traumatique de cette affection.

D'autres observations furent publiées peu de temps après par Balthazard, Courtois-Suffit et Bourgeois.

Dans la première observation de Courtois-Suffit, il s'agissait d'un mécanicien qui fit une chute sur le coccyx en tombant d'une locomotive.

Dans une observation publiée en collaboration avec F. Bourgeois, le traumatisme avait été beaucoup plus violent : Il s'agissait en effet, d'un ouvrier cimentier qui fit une chute de dix mètres dans la cage d'un ascenseur,

Dans les deux cas rapportés par Balthazard, ce furent également des chutes directes sur la région sacro-coccygienne qui provoquèrent la coccygodynie.

Il résulte de cet exposé que le coccygodynie peut être provoquée par des causes multiples. L'étiologie même de cette affection permet de déduire que la coccygodynie est plus fréquente chez la femme, son origine génitale étant de beaucoup la plus impor-

tante. En dehors de cette cause particulière, on peut dire que la coccygodynie se rencontre avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme ainsi que chez l'enfant.

Les deux observations publiées par Courtois-Suffit, les deux cas de Balthazard étaient survenus chez des hommes ; il en est de même de deux observations sur les six publiées par Carrière. Il est donc difficile de dire que cette affection est exceptionnelle chez l'homme.

Hürschel l'a rencontrée deux fois chez des enfants de trois à cinq ans.

Courty en a signalé un cas chez une jeune fille vierge de vingt et un ans.

Nélaton en a également rapporté plusieurs observations chez des jeunes filles sans passé génital.

Il n'y a donc pas lieu de chercher à établir un rapport de fréquence entre l'âge et le nombre de cas de coccygodynie.

Il est, par contre, un autre point sur lequel on ne semble pas avoir insisté jusqu'ici, c'est le *terrain* sur lequel se développe la coccygodynie.

On pourrait croire, en effet, en raison de la fréquence des maladies des organes génitaux, des accouchements, des chutes et traumatismes de la région sacro-coccygienne, que la coccygodynie est une affection très fréquente. Il n'en est rien, aussi est-on porté à se demander pourquoi toutes les chutes sur le coccyx, toutes les affections génitales... etc, ne s'accompagnent pas de coccygodynie ?

Pour que cette affection se développe, il faut que la cause initiale se produise sur un *terrain prédisposé*.

La plupart des auteurs tendent en effet à admettre actuellement que la coccygodynie est une variété de *topoalgie* localisée dans la région sacro-coccygienne survenant à l'occasion d'une des causes énumérées ci-dessus, mais pouvant également apparaître sans cause appréciable et évoluer sans déterminer de lésions anatomiques nettes.

Comme toutes les affections de ce genre, la coccygodynie ne se développe que chez des névropathes, des neurasthéniques, etc... Dans trois des six observations publiées par Carrière, les malades présentaient des signes évidents de neurasthénie : asthénie généralisée, céphalée, tremblement, fatigue au réveil, idées hypocondriaques etc...

C'est là un fait qui mérite d'être signalé à propos de l'étiologie de la coccygodynie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce que nous venons de dire de la coccygodynie au point de vue de son étiologie explique le peu de renseignements que l'on peut tirer de l'anatomie pathologique.

Les autopsies de malades atteints de coccygodynie étant exceptionnelles, on ne peut étudier que les pièces provenant d'opérations chirurgicales.

Dans quelques cas, grâce aux lésions constatées on a pu expliquer la coccygodynie par ankylose de l'articulation sacro-coccygienne ; par arthrite sacro-coccygienne, par osteite du coccyx (Nott) ; par fracture, par luxation, de cet os.

Mais les cas où l'on trouve ainsi une cause anatomo-pathologique nette ne sont pas les plus fréquents. On ne rencontre en général aucune lésion capable d'expliquer des phénomènes douloureux.

On est alors obligé de ranger ces cas dans le groupe des topoalgies.

PATHOGÉNIE

Ne pouvant être élucidé ni par l'étiologie, ni par l'anatomie pathologique, on comprend que la pathogénie de la coccygodynie soit encore des plus obscures.

Il est évidemment des cas où elle peut s'expliquer par des lésions nerveuses ou osseuses consécutives à une fracture du coccyx, mais lorsqu'il n'existe aucune lésion directement constatable, il devient très difficile d'expliquer l'origine de l'affection.

Les anciens auteurs attribuaient alors la coccygodynie à une poussée rhumatismale.

On a pensé également à une époque qu'il s'agissait de lésions nerveuses des rameaux coccygiens, de névrite ; mais on n'a jamais constaté de symptômes tels que : troubles trophiques, troubles vasomoteurs, susceptibles de confirmer cette hypothèse.

Bon nombre d'auteurs pensent aujourd'hui qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel. Le traumatisme initial ayant déterminé une violente douleur, celle-ci persiste par la suite, sans reposer obligatoirement sur des altérations anatomiques.

Ainsi s'expliqueraient les cas de coccygodynie survenant à la suite d'une fracture complète du coc-

cyx et ceux qui résultent d'une simple contusion de la région sacro-coccygienne. Carrière émet en dernière analyse l'opinion suivante :

« Il est probable qu'il y a des modifications dans le dynamisme fonctionnel des groupes de cellules médullaires correspondant à la région sacro-coccygienne. Ces cellules pourraient être perturbées dans leur fonction par un traumatisme, un refroidissement, etc..., et ne transmettre, dans la suite que des impressions douloureuses. »

SYMPTOMATOLOGIE

La coccygodynie est caractérisée cliniquement par des phénomènes douloureux localisés à la région sacro-coccygienne. Ces douleurs s'accompagnent souvent de difficulté, ou même d'impossibilité à prendre certaines attitudes : station assise, décubitus dorsal, etc... ; ou bien encore de difficulté de la marche.

A. — Début

Le début de l'affection peut être brusque ou au contraire progressif.

1° *Début brusque.* — Aussitôt après la cause occasionnelle : traumatisme, refroidissement, émotion, la douleur fait son apparition : Douleur vive, intense, continue, avec paroxysmes, elle possède d'emblée tous les caractères qu'elle aura à la période d'état.

2° *Début progressif.* — Les douleurs n'apparaissent dans ce cas que petit à petit. Sourdes au début, elles constituent plutôt une sensation de pesanteur, de tension, qu'une douleur proprement dite. De jour

en jour elles augmentent, jusqu'à ce qu'elles atteignent leur intensité définitive.

B. — Période d'état

1° *La douleur.* — La douleur qui est le premier signe et le symptôme capital, siège le plus souvent au niveau de l'articulation sacro-coccygienne : son point maximum est tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu latéralement.

Le plus souvent elle est limitée à la région coccygienne; elle peut cependant, mais rarement, s'irradier à une certaine distance.

Cette douleur est toujours vive, très pénible, arrachant parfois des cris au patient. Les malades la comparent à une sensation de piqûre, de brûlure : certains même à une sorte de « rongement » ; d'autres ressentent comme un poids énorme qui écraserait la région. « Cette douleur est si pénible, dit Scanzoni, que les malades la comparent à un mal de dents. »

Cette douleur est continue, en général, mais elle présente des paroxysmes : sourde la plupart du temps, elle devient tout à coup extrêmement vive. Ces exacerbations se reproduisent en général plusieurs fois par jour ; elles surviennent quelquefois spontanément, mais elles sont le plus souvent provoquées par un mouvement du malade, un examen, etc.

Lorsque le malade est absolument immobile, que

sa région coccygienne ne supporte aucune pression, la douleur est réduite à son minimum d'acuité. Mais le moindre mouvement suffit à la faire apparaître avec toute son intensité.

Les changements de position, les gardes robes de matières dures sont les causes les plus fréquentes de ces exacerbations.

Le froid et le chaud ne semblent guère, par contre amener de paroxysmes douloureux. Il en est de même du frôlement de la peau de la région douloureuse, fait qui s'observe dans certaines névralgies.

Le plus souvent profondes, ces douleurs ne sont qu'exceptionnellement superficielles. Elles ne suivent aucun trajet nerveux bien défini et n'ont, ainsi que nous l'avons déjà dit, aucune irradiation nettement déterminée.

Pour ne pas réveiller ces douleurs, le malade est obligé d'adopter certaines attitudes des plus variables et des plus bizarres. Cependant, tous les observateurs signalent la difficulté qu'éprouvent tous les malades à rester assis et la nécessité pour eux de se coucher sur le côté, c'est-à-dire de faire reposer tout le poids du corps sur une seule tubérosité de l'ischion.

« Une femme ne pouvait rester assise qu'en se penchant en avant et en se soulevant avec ses mains, position difficile à conserver, fatigante et qui ne lui aurait permis de se livrer à aucun travail (Gosselin). »

« D'autres malades ne peuvent même pas conser-

ver au lit le décubitus dorsal; l'un d'eux était forcé de reposer toujours sur le côté droit (Nélaton). »

Ces douleurs cessent,ou plutôt diminuent lorsque le malade reste au repos, dans une position commode, sans faire aucun mouvement. Il n'y a jamais, à vrai dire, de rémissions franches entre les périodes de paroxysmes. Il est rare en effet que le malade ne ressente plus rien. Il persiste en général une sensation de gêne, une douleur sourde dans la région ano-coccygienne.

Dans certains cas, heureusement exceptionnels, le malade est en proie à des douleurs continues, extrêmement vives,sans aucune rémission. « Sa vie devient un véritable martyrologue (Carrière). »

Tels sont les renseignements que fournit l'interrogatoire du malade atteint de coccygodynie. En présence de ces renseignements, il est nécessaire de pratiquer un examen local de la région douloureuse.

2° *Examen local.*

a) *Inspection.* — La région sacro-coccygienne ne présente pas de caractères anormaux ni au cours des accès, ni en dehors des accès. Quelques auteurs ont seulement signalé un épaississement des téguments de cette région.

b) *Palpation.* — C'est la palpation qui fournit les meilleurs renseignements. La palpation de la région sacro-coccygienne réveille la douleur et la porte à son plus haut degré d'intensité.

La pression de la face postérieure du coccyx ainsi que des dernières vertèbres sacrées amène toujours

une exacerbation qui dure autant que la pression exercée sur le coccyx et qui persiste même après pendant quelque temps.

Carrière a signalé que pendant ces paroxysmes douloureux la sensibilité cutanée était exagérée avec de l'anesthésie à la piqûre, et à la température.

La pression du coccyx est toujours douloureuse. Elle l'est d'autant plus que la douleur spontanée est elle-même plus vive. Ce serait même pour Courty un caractère pathognomonique de la coccygodynie.

Mais le meilleur moyen pour explorer le coccyx et préciser le diagnostic, est le toucher rectal.

c) *Toucher rectal.* — Outre qu'il réveille encore plus nettement la douleur que la palpation externe du coccyx, le toucher rectal permet également d'apprécier l'état de cet os, sa plus ou moins grande mobilité et l'état des organes voisins.

L'index introduit dans le rectum peut explorer la face antérieure du coccyx. Certains auteurs prétendent que la pression exercée par l'index sur la face antérieure du coccyx n'est pas l'exploration la plus douloureuse (Worms). Il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas, la pression, même légère du doigt sur le coccyx réveille aussitôt une douleur atroce.

Quand on veut déplacer le coccyx par une pression un peu forte, pour se rendre compte de sa mobilité par exemple, on voit d'ordinaire les malades sauter vivement, pousser des cris et souffrir violemment

pendant plusieurs heures à la suite de l'examen (Scanzoni).

L'examen direct du coccyx soit par la palpation de la face postérieure, soit par le toucher rectal, permet de trouver quelquefois dans les cas anciens, un coccyx déformé ou augmenté de volume.

Il s'agit vraisemblablement d'hypertrophie ostéo-périostique analogue à celle que l'on trouve dans les névralgies rebelles.

Cette augmentation de volume peut être vérifiée dans le cas où on a pratiqué l'extirpation du coccyx. Cependant dans la plupart des cas le toucher rectal, comme la palpation ne permettent de relever aucune modification du volume du coccyx.

3° *Troubles de la marche.* — La marche est presque toujours difficile et pénible. Elle peut quelquefois devenir impossible, lorsque les douleurs sont extrêmement vives. Souvent cette démarche est caractéristique :

« Le malade détache à peine les pieds du sol. Il semble qu'il n'ose pas les soulever ; ses jambes raidies se meuvent tout d'une pièce, ses pas sont courts et mesurés, on dirait qu'il cherche à retenir un corps étranger entre ses cuisses. Son facies altéré montre qu'il souffre à l'occasion des mouvements (Courtois-Suffit). »

Enfin Jenks a signalé un dernier symptôme de la coccygodynie. C'est la *contracture douloureuse des muscles coccygiens*, contracture analogue, pour cet

auteur, à celle qu'on observe dans le vaginisme ou dans la fissure à l'anus.

4° *État général.* — L'état général du malade ne subit la plupart du temps aucune atteinte du fait de cette affection locale douloureuse.

Cependant dans les cas rebelles, anciens et très douloureux, le patient qui ne peut plus dormir, qui présente des troubles gastro-intestinaux résultant de sa constipation se trouve dans un état d'anxiété douloureuse et de souffrance continue. Il s'amaigrit et quelquefois se cachectise.

Carrière a encore noté, chez les malades atteints de coccygodynie de la polyurie comparable pour cet auteur à la polyurie réflexe signalée dans la névralgie sciatique et à celle que l'on produit expérimentalement en excitant un nerf dénudé.

Enfin signalons que nombre de malades atteints de coccygodynie recourent pour diminuer la douleur aux injections de morphine et présentent alors tous les symptômes de l'intoxication par cet alcaloïde.

L'état psychique est en général intact, tout au moins au début, mais à une période plus avancée, dans les cas anciens il est presque toujours modifié.

Sous l'influence de la douleur intense rebelle aux agents thérapeutiques, le malade devient la proie d'idées hypocondriaques, il se figure qu'il a un cancer, il devient neurasthénique et présente même quelquefois des accès délirants aigus.

Obsédé par la douleur, il peut avoir des idées de persécution, des hallucinations.

Il y a lieu enfin de signaler que le suicide n'est pas rare chez ces malheureux.

ÉVOLUTION

La coccygodynie peut évoluer d'une manière aiguë et disparaître rapidement, en quelques heures, sans laisser de traces et quelquefois pour ne plus revevir.

C'est là un cas exceptionnel qu'il ne faut malheureusement jamais escompter.

Cette terminaison favorable peut se produire lorsque la coccygodynie est apparue à la suite d'une émotion, d'un traumatisme très léger, cas où l'on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas de phénomènes d'ordre purement fonctionnel, pithiatiques, capables comme tels, de disparaître complètement.

Mais le plus souvent, il n'en est malheureusement pas ainsi et la coccygodynie affecte une forme chronique. C'est ce qui se produit lorsqu'elle reconnaît pour cause une lésion des organes du bassin, un traumatisme important du coccyx (fracture, luxation, etc.). Dans ces cas, la maladie abandonnée à elle-même rebelle à tous les traitements médicaux, peut persister pendant des années avec des alternatives d'accroissement et de diminution.

DIAGNOSTIC

Éléments du diagnostic

La description détaillée que nous avons donnée des symptômes de la coccygodymie va nous faciliter l'étude de son diagnostic.

Il paraît difficile, en effet, de la confondre avec une autre affection sacro-coccygienne. La *douleur spontanée augmentée par la pression et par les mouvements*, limitée à la région coccygienne étant presque pathognomonique.

On a cherché récemment à préciser ce diagnostic par la *radiographie* mais dans les cas dont nous avons eu connaissance ce procédé d'exploration n'a fourni aucun résultat.

Mais si le diagnostic de la coccygodynie est en général facile, il est cependant des cas où cette affection peut passer inaperçue et rester ignorée des médecins. Scanzoni insiste sur ce point lorsqu'il signale l'existence de cette douleur dissimulée « par les malades par pudeur ou parce qu'elles considèrent cette douleur comme un symptôme accessoire d'autres affections des organes génitaux, jusqu'à ce

que les douleurs fussent devenues tellement vives qu'il fut impossible de ne pas en avertir le médecin ».

Dans le cas où le médecin est consulté, si le diagnostic ne s'impose pas, on devra envisager les hypothèses suivantes:

1° *Affections organiques du petit bassin avec irradiation douloureuse vers le coccyx.* — L'exploration méthodique de cet os par la palpation, complétée par le toucher rectal établira l'absence de lésions de cet os.

2° *Sacro-coxalgie.* — La douleur nettement localisée l'articulation sacro-iliaque et non à l'articulation sacro-coccygienne ne permet pas le doute. De plus la compression sur les deux crêtes iliaques, réveille la douleur, ce qui n'existe pas dans la coccygodynie.

3° *Névralgie d'une des branches du plexus lombaire.*

Les névralgies lombo-abdominales. — Avec leurs trois points douloureux (points lombaires, points iliaques, points abdominaux) ;

La névralgie testiculaire. — Avec sa douleur nettement localisée et son caractère syncopal ;

La névralgie du fémoro-cutané. — Avec son point douloureux entre les deux épines iliaques antérieures ;

La névralgie crurale. — Siégeant au niveau de la cuisse ; ne prêtent guère à confusion.

La névralgie obturatrice. — Simule mieux la coccygodynie. On ne se trompera certainement pas en explorant le coccyx dont la pression n'augmente la douleur que dans cette dernière affection.

4° *Névralgies du plexus sacré.*

a) *Névralgie Sciatique.* — Même démarche, mêmes attitudes que dans la coccygodynie ; mais la douleur se continue sur tout le trajet du nerf, les points douloureux classiques de Valleix, le signe de Lasègue rendent la confusion impossible.

b) *Névralgie du nerf honteux interne.* — Se distinguera grâce à son irradiation douloureuse vers le gland de la verge chez l'homme, vers la grande lévre chez la femme. De plus elle sollicite la miction, laquelle est très douloureuse au moment où elle s'achève.

5° *Lésions du coccyx. — Fracture. — Tuberculose.* — Nous avons vu les liens étroits qui existent entre ces lésions du coccyx et la coccygodynie. Il y a souvent une relation de cause à effet. Le diagnostic se fera donc par la radioscopie en cas de fracture, l'absence de traumatisme et la lenteur de l'évolution en cas de tuberculose.

6° *Affections de l'anus.*

a) *Fissure à l'anus.* — La douleur rsssemble assez à celle de la coccygodynie : elle survient cependant

surtout à la fin de la défécation. La présence d'une érosion lèvera les derniers doutes.

b) *Fistules à l'anus.* — Faciles à diagnostiquer par leurs signes physiques.

7° *Douleurs fulgurantes du tabès.* — A la période préataxique ces douleurs peuvent siéger dans la région ano-coccygienne. La présence d'autres signes (pupillaires surtout) mettra sur la voie du diagnostic.

En résumé toutes ces affections ne sont guère susceptibles de simuler la coccygodynie. Il est donc bien rare que cette affection passe inaperçue.

PRONOSTIC

Comme nous l'avons vu, la coccygodynie peut être une affection sans gravité et passagère, mais c'est là une éventualité tout à fait exceptionnelle.

Lorsque cette maladie évolue suivant sa forme chronique, la plus fréquente, elle devient alors très rebelle et la meilleure preuve de sa chronicité est le nombre de médications et d'interventions chirurgicales qui ont été tentées pour obtenir la guérison définitive.

Sur vingt-quatre cas observés par Scanzoni, dix seulement se terminèrent par la guérison, chez neuf autres malades, il y eut seulement une amélioration, quant aux cinq derniers on ignore le résultat définitif.

Cette statistique est à notre connaissance la seule qui ait été publiée.

On lit dans un article publié par M. Carrière que le professeur Pitres n'aurait eu, à sa connaissance, aucun cas de guérison de la coccygodynie.

Si cette affection présente les plus grandes difficultés à guérir, elle est par contre, incapable d'occasionner la mort.

On n'a décrit aucun cas de mort par coccygodynie si l'on excepte le suicide, fréquent chez ces malades.

La difficulté d'obtenir une guérison radicale par les moyens médicaux a conduit les médecins à recourir à l'ablation du coccyx, opération qui est actuellement pratiquée communément en cas de coccygodynie et qui amène le plus souvent la guérison complète.

Mais le pronostic d'une affection qui peut exiger parfois une telle intervention chirurgicale ne paraît pas pouvoir être considéré comme bénin.

TRAITEMENT

Les traitements les plus divers, tant médicaux que chirurgicaux ont été proposés pour guérir l'affection si douloureuse qu'est la coccygodynie.

A. — Moyens médicaux

Scanzoni préconisait les bains chauds et les applications locales de compresses chaudes. Sceligmuller obtint une guérison par la faradisation pratiquée avec une électrode dans le vagin et une sur le coccyx. Gosselin se contentait de placer le malade sur un coussin d'air isolant le coccyx et donnait des purgatifs légers.

Plus récemment on a conseillé de faire des injections d'eau salée, d'éther, de chloroforme, d'acide osmique, d'acide phénique, procédés qui ont donné peu de résultats encourageants.

On a essayé également des pointes de feu, des vésicatoires, des pulvérisations de chlorure de méthyle, des injections de cocaïne. On a pu ainsi calmer un instant la douleur sans cependant la faire disparaître.

Un procédé semble à l'heure actuelle être plus efficace. C'est celui qu'a indiqué de Vésian et qui consiste à injecter de l'alcool à 60 degrés dans les tissus péri-coccygiens. Voici la technique employé et décrite par cet auteur :

« ... Nous introduisons l'index gauche et repérons le sommet du coccyx et sa face antérieure. Une aiguille à seringue de Roux dûment stérilisée est alors enfoncée dans la masse musculaire suivant une direction parallèle au doigt jusqu'à 3 centimètres environ en arrière de l'anus ; un léger mouvement de bascule lui fait sauter le sommet du coccyx et lui permet d'aborder facilement sa face antérieure.

» Nous poussons une injection de 2 centimètres cubes d'alcool à 60 degrés en dirigeant notre aiguille dans tous les sens au fur et à mesure et en la retirant ensuite d'un mouvement brusque.

» Sur la face postérieure du coccyx, le manuel opératoire est encore plus simple. Nous piquons la peau perpendiculairement à la surface osseuse et nous injectons là 2 centimètres cubes d'alcool.

» L'injection, assez douloureuse sur le moment, n'est accompagnée d'aucune réaction inflammatoire, pas d'œdème, pas de gonflement. »

La malade ainsi traitée par de Vésian ressentit un mieux sensible dès le lendemain. La douleur disparut peu à peu et n'avait pas reparu plusieurs mois après l'injection.

B. — Moyens chirurgicaux

Seuls les moyens chirurgicaux semblent avoir été jusqu'ici capables d'amener dans la majorité des cas une guérison radicale de la coccygodynie.

Différentes interventions ont été proposées dans ce but.

Simpson pratiquait la *section des fibres musculaires* et ligamenteuses qui s'insèrent sur le coccyx sans obtenir de résultats décisifs.

Nott fut le premier à pratiquer la résection de l'articulation sacro-coccygienne et l'extirpation du coccyx.

Ablation du coccyx. — Le malade est placé dans le décubitus abdominal ou mieux dans le décubitus latéral droit, pour Tillaux, afin que l'index gauche puisse pénétrer dans le rectum et servir de point d'appui.

Le décubitus latéral droit est, en effet, préférable car il rend les régions coccygiennes et périnéales plus accessibles par suite de la possibilité où l'on se trouve d'allonger la cuisse gauche et de fléchir la cuisse droite sur le bassin.

L'incision, longue de 7 à 8 centimètres, partant à 1 centimètre au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne et se terminant à 1 centimètre au-dessous de la pointe du coccyx, intéresse toutes les couches qui recouvrent l'os et même le revêtement fibreux pos-

térieur qui sera divisé : « Avec la rugine, dit Tillaux ou avec le bistouri, je détache les parties molles et avec un maillet et un ciseau je désarticule le coccyx que j'attire en arrière avec un davier pour détacher le sphincter externe et les ligaments latéraux. »

Pour ne pas être gêné dans la désarticulation on peut faire une seconde incision qui vient croiser transversalement la première incision verticale et qui passe au niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

L'hémorragie déterminée par la plaie opératoire est en général peu abondante ; on suture les plans profonds au catgut et les plans superficiels au crin de Florence. On peut laisser un drain ou une mèche pour assurer l'écoulement des liquides. La plaie se cicatrise généralement dans un temps assez court.

C. — Ponction lombaire

Carrière a eu, le premier, l'idée de pratiquer la ponction lombaire chez des malades atteints de coccygodynie :

« Je pratiquai, dit-il, cette opération dans les conditions ordinaires. Je ne retirai pas une seule goutte de liquide céphalo-rachidien. L'opération fut extrêmement douloureuse, mais le surlendemain il ne restait plus que la douleur de la piqûre et trois jours après, la malade ainsi traitée était complètement guérie. Je l'ai revue un an après, elle ne se plaignait plus de rien. »

Chez une autre malade, le même auteur ayant pratiqué une ponction lombaire retira 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, normal du reste. La douleur disparut et ne revint pas.

Comment expliquer cette disparition de la douleur à la suite de la ponction lombaire ? Il est difficile de se faire une opinion en se basant sur deux observations seulement, surtout, quand dans l'une d'elles il ne fut pas retiré de liquide. On peut se demander si la ponction lombaire n'agit pas simplement au point de vue psychique.

C'est cependant un procédé thérapeutique qui mériterait d'être employé avant de recourir à l'intervention beaucoup plus grave qu'est l'extirpation du coccyx.

LA COCCYGODYNIE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

De l'étude qui précède on peut conclure : La coccygodynie peut être occasionnée aussi bien par un traumatisme local que par une affection non traumatique, médicale ou chirurgicale des organes pelviens.

Cette affection, extrêmement douloureuse, met l'individu qui en est atteint dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucun travail. Souvent rebelle à tout traitement médical elle ne peut être guérie avec certitude que par l'ablation du coccyx.

Mais, quand le patient est un ouvrier qui a été blessé au cours de son travail, la situation devient très délicate et l'on peut se demander si le blessé est obligé de se soumettre à cette opération.

Pour MM. Forgue et Jeanbrau la question ne fait pas de doute. Voici comment s'expriment ces auteurs dans leur *Guide du médecin dans les accidents du travail.*

« Étant donnée l'innocuité et l'efficacité de la résection du coccyx, il nous paraît préférable dans l'intérêt même de l'ouvrier, plus encore que dans

celui de l'assureur, de soumettre le blessé à l'intervention chirurgicale. »

MM. Courtois-Suffit et Bourgeois se rangent à cette opinion mais ils ajoutent :

« Il peut arriver et cela est fréquent que le blessé refuse de subir l'opération. Comment alors devra conclure l'expert ? Devra-t-il fixer l'incapacité permanente partielle à un chiffre très élevé en ne considérant que l'état du blessé au moment de son examen ? Ou bien, au contraire, faisant état de l'amélioration probable qu'aurait procurée l'opération refusée, fixer cette incapacité permanente partielle à un chiffre beaucoup moindre ? »

Deux problèmes se posent donc au point de vue médico-légal :

1° Un blessé a-t-il le droit de refuser de subir une opération peu grave ou même bénigne destinée à améliorer sa capacité ouvrière ;

2° Quelle est l'incapacité permanente partielle qui résulte de la coccygodynie ?

1° *Du droit du blessé de se refuser à subir une opération.* — Nous ne pouvons reprendre ici ce problème médico-juridique étudié par MM. Courtois-Suffit et Bourgeois. La question n'a en effet pas encore été tranchée par les tribunaux.

On tend actuellement à admettre que l'ouvrier ne peut refuser une opération bénigne tandis qu'il peut refuser une opération grave.

Mais doit-on considérer la résection du coccyx

comme une opération bénigne? et ajouterons-nous, avec M. Lucas-Championnière, peut-on affirmer, par avance, avec certitude, que l'opération même la plus minime ne comportera pas de suites fâcheuses ? L'anesthésie à elle seule présente déjà des dangers.

Devant l'impossibilité d'affirmer la réussite de l'intervention chirurgicale, la plupart des auteurs préfèrent fixer l'incapacité permanente partielle à un taux plus élevé plutôt que d'exposer le blessé à des mécomptes et peut-être à de graves dangers en lui *imposant* une opération.

Enfin quel devra alors être le taux de cette incapacité ?

2° *Quel est le taux de l'incapacité permanente et partielle résultant de la coccygodynie ?* — Pour certains auteurs, ce taux doit être élevé. Le blessé en effet est incapable de se livrer à aucun travail, la station debout, la marche, tous les mouvements brusques étant impossibles.

Dans les cas où la douleur est intense, il semble que tous les auteurs soient d'accord pour fixer l'incapacité permanente partielle à un taux élevé. Mais lorsque les phénomènes douloureux sont moins marqués, lorsqu'ils ne rendent pas le blessé absolument impotent il n'en est plus de même, et voici ce que dit M. le professeur agrégé Balthazard à ce propos : « Il convient de remarquer que la coccygodynie est un symptôme subjectif dont la réalité peut être difficile à démontrer, au moins quand la douleur est

légère ; et alors apparaît une des anomalies de la loi de 1898 : Une douleur assez intense pour rendre l'existence insupportable (Il s'agissait d'un blessé qui ne pouvait aller à la selle qu'au prix de grandes souffrances) ne donne lieu à aucune indemnité, l'affection n'ayant aucune répercussion sur la capacité professionnelle du blessé. »

Nous avons cité plus haut l'avis de MM. Forgue et Jeanbran qui ne fixent pas le taux de l'incapacité permanente, partielle et conseillent de recourir à l'opération.

Les différents problèmes médico-légaux que soulève la coccygodynie ne sont pas encore absolument résolus.

Il est, en effet, difficile de fixer d'une manière générale la valeur de l'incapacité résultant de cette affection, dont les phénomènes douloureux peuvent être extrêmement variables dans leur intensité et leur durée.

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas cru utile de reproduire ici, à l'appui de ce travail toutes les observations de coccygodynie qui ont été publiées dans la littérature médicale.

Laissant de parti-pris de côté les cas où la coccygodynie est survenue et a évolué dans des conditions normales, nous ne rapportons ci-dessous que quelques observations présentant un intérêt spécial en raison de particularités étiologiques, cliniques, ou thérapeutiques.

OBSERVATION I

(Rockwell.)

En descendant un escalier une femme fit une chute sur le sacrum. Elle ressentit aussitôt une douleur très vive qui ne l'empêcha pas cependant de rentrer chez elle et de reprendre ses occupations pendant quelques jours ; mais loin de diminuer d'intensité cette douleur augmenta et devint finalement intolérable.

La malade n'obtenait de soulagement que lorsqu'elle était couchée de côté, sur une fesse. La défécation, la marche, la station debout étaient extrêmement pénibles.

La blessée fut obligée de cesser tout travail pour s'en tenir au repos complet. Son médecin traitant avait institué le traitement habituel : opium, toniques, etc... sans aucun succès.

Lorsque je l'examinai, je constatai au toucher rectal une sensibilité exquise à la base du coccyx ; la malade poussait des cris à chaque examen. Cependant le coccyx me parut normal, il ne présentait ni grosseur ni mobilité anormale. On pratiqua la résection du coccyx. La douleur disparut aussitôt complètement et la malade, revue deux ans après l'opération était complètement guérie.

L'examen du coccyx réséqué montra sur sa face antérieure une ulcération étendue à travers toute la face antérieure du périoste à toute cette face antérieure et mesurant trois à quatre lignes de diamètre. L'os lui-même et l'articulation sacro-coccygienne étaient absolument intacts.

OBSERVATION II

(Rockwell.)

M. X..., en descendant la passerelle d'un bateau fit une chute et ressentit aussitôt une douleur aiguë dans la région sacro-coccygienne. Traité avec des révulsifs par le médecin du port, il put, après quelques semaines de repos, reprendre ses occupations ; mais bientôt la douleur reparut.

On fit de la révulsion qui amena une amélioration. Un jour pendant qu'il balayait sa chambre, il ressentit tout à coup une douleur extrêmement violente et fut pris de tremblement. Traité encore par des moyens médicaux, il n'y eut

aucune amélioration ; après plusieurs mois de traitement et de repos complet au lit, la situation ne s'était pas modifiée et avait même empiré.

Lorsque je le vis il était pâle, émacié, excessivement nerveux. Je fis le toucher rectal et trouvai une mobilité anormale du coccyx. La douleur, à la pression. même la plus légère, était excessive et comparable aux douleurs spontanées qu'il endurait. Je fis la résection du coccyx. Dès le lendemain le malade exprimait son soulagement, il ne s'était jamais trouvé aussi bien depuis un an.

Au bout de deux semaines, M. X... fut capable de marcher et même de monter à cheval. Revenu quelques mois après, la guérison avait persisté mais le malade avait encore des troubles nerveux (tremblement).

OBSERVATION III

(Carrière.)

Marie D..., trente-cinq ans, sans aucun antécédent menant une vie très régulière a deux enfants bien portants.

Cette femme manifestement neurasthénique depuis l'âge de vingt-huit ans, a commencé à souffrir de la région sacro-coccygienne depuis l'âge de trente et un ans.

La douleur, d'abord insidieuse et lente est devenue insupportable, elle arrache des cris à la malade. Celle-ci compare la douleur à une brûlure intérieure, à un rongement, qui, très aigu, très pénible l'oblige à rester au lit, sur le côté. Le décubitus dorsal, la position assise, la marche, exagèrent la

douleur. Dans ces positions il lui semble que quelque chose de dur lui pèse sur le derrière.

Épaississement de la peau de la région sacro-coccygienne. La pression du coccyx, le toucher rectal exagèrent les douleurs. Dans les paroxysmes douloureux, anesthésie au tact, à la piqûre, à la température ; dans l'intervalle des accès, asthénie de la région sacro-coccygienne. Augmentation du coccyx qui semble rugueux. État général peu satisfaisant. La malade dort mal, maigrit, polyurie : (3.600 grammes par vingt-quatre heures). État neurasthénique avancé. Traitement : pointes de feu, injections d'acide phénique, d'alcool, de cocaïne. La malade n'en a tiré aucun bénéfice. Je pratiquai la ponction lombaire. Le trocart ne ramena rien. L'opération fut douloureuse. Le lendemain la malade souffrait encore de la piqûre mais les douleurs disparurent ; un an après elles n'avaient pas reparu.

OBSERVATION IV

(Carrière.)

Antoine L..., quarante ans, cuisinier, sans aucun antécédent.

Souffre depuis deux ans. Manifestement neurasthénique auparavant. La douleur a fait son apparition sans causes appréciables. Le malade était habituellement constipé. Les douleurs très vives ressemblent à des déchirures. Elles sont exagérées par le décubitus dorsal, la position assise, la marche, la défécation ou la pression. Elles ne sont pas

modifiées par le froid, la chaleur, le frôlement de la peau. Elles sont profondes, ne suivent pas de trajet nerveux. Elles sont plus violentes quand le sujet est plus déprimé. Pas de modifications locales. La sensibilité cutanée est à peu près normale, sauf un peu d'hyperesthésie dans la région sacro-coccygienne. Pas de modifications du coccyx. État général très bon. Viscères sains. État neurasthénique très marqué.

Traitement. — Injection de cocaïne; pulvérisation de chlorure de méthyle. Sangsue au périnée. La ponction lombaire donne 4 centimètres cubes de liquide limpide. Guérison complète.

OBSERVATION V

(Carrière.)

Une dame de Bayonne, trente-neuf ans, deux enfants très bien portants, sans aucun antécédent, se heurta au coin d'une table à trente-six ans. Les douleurs de la région sacro-coccygienne débutèrent aussitôt. Très violentes elles arrachaient des cris à la malade qui ne pouvait rester qu'étendue sur le côté, ou assise sur sa main.

La malade éprouvait une sensation d'écrasement avec déchirure. La défécation, la marche, sont très pénibles. Les douleurs ne suivaient aucun trajet nerveux.

La peau de la région sacro-coccygienne était épaissie; le coccyx hypertrophié. Anesthésie de la région douloureuse.

État général mauvais; insomnie.

Neurasthénie très prononcée. Tous les moyens médicaux échouent. L'extirpation du coccyx resta sans résultat.

OBSERVATION VI

(Carrière.)

Un homme de quarante-quatre ans, cocher de fiacre, non alcoolique, ne présentant aucun antécédent, nullement neurasthénique, tombe sur le derrière de la hauteur de son siège de voiture. La doulcur n'est pas excessive.

Un an et demi après survinrent des douleurs intolérables dans la région sacro-coccygienne. Le malade compare ces douleurs à un rongement. Elles se produisent dans le décubitus dorsal, la position assise, la marche, la défécation. Le froid, le chaud, le frôlement de la peau, ne les modifient pas.

L'examen local reste négatif. L'état général est bon. Le malade présente des idées vesaniques. Les moyens médicaux échouent : pointes de feu, chlorure de méthyle, cocaïne, injection d'eau et d'alcool.

OBSERVATION VII

(Courtois-Suffit)

Le nommé H..., ouvrier monteur dans une grande compagnie de chemin de fer, fut blessé le 30 juin 1902 dans les circonstances suivantes : En voulant descendre d'une locomotive qu'il réparait, il manqua le marchepied et tomba à terre sur le coccyx. Il put se relever et marcher seul ; mais, très rapidement, quelques heures après, il lui devint impossible de se tenir debout et de continuer son travail. Depuis cette

époque et jusqu'au moment de notre examen, il ne put jamais reprendre ses occupations. Il fit, quelques mois après l'accident, un court séjour à l'hôpital Lariboisière et là, on constata qu'il était porteur, au niveau de la région fessière, d'une petite tumeur « d'apparence fibromateuse » (?). Il quitta Lariboisière le 14 octobre 1902 et gagna le camp de Châlons où il fut incorporé dans un régiment d'infanterie. Dès son arrivée au corps on le dirigea sur l'hôpital militaire où il séjourna du 14 novembre 1902 au 14 mars 1903. Il fut opéré pendant ce séjour à l'hôpital et on procéda, sans doute, à l'extraction de la petite tumeur signalée plus haut. Il quitta le régiment le 15 mars 1903, placé en réforme, d'abord temporaire, puis définitive, à la suite d'un certificat établissant l'impotence et l'acuité des douleurs qu'il présentait.

Voici quel fut le résultat de notre examen :

H.. , âgé de vingt-quatre ans. est mince, frêle, d'aspect chétif, mais il affirme n'avoir jamais été malade. Il ne présente aucune tare morbide et tout se borne dans son état, à la douleur coccygienne.

Si H... reste couché, il ne souffre pas. S'il reste debout, immobile, il ne souffre pas non plus ; mais, dès qu'il marche, il ressent une douleur très vive à la région coccygienne. Sa démarche, très spéciale, est très caractéristique. Il détache à peine les pieds du sol ; il semble qu'il n'ose pas les soulever ; ses jambes raidies, se meuvent « tout d'une pièce ». Ses pas sont courts et mesurés ; on dirait qu'il cherche à retenir un corps étranger entre ses cuisses. Son faciès altéré montre qu'il souffre à l'occasion des mouvements.

H... qeut s'asseoir quoique déjà avec une certaine difficulté ; mais, lorsqu'il est assis, il ne peut se relever qu'au

prix des plus grands efforts. Il doit s'aider de ses bras; s'appuyer alternativement sur le bras droit, puis sur le bras gauche, soulever d'abord une fesse, puis l'autre, et ce n'est que lentement et douloureusement qu'il reprend la position verti cale. H... souffre relativement peu en allant à la selle

L'examen physique montre qu'il existe, dans la région interfessière, une cicatrice résultant de l'extirpation de la petite tumeur signalée. Le coccyx, recourbé en dedans, fait avec le sacrum un angle droit. Toute la région sacrée est indolore. La pression ne détermine aucune douleur à l'union du sacrum et du coccyx : mais, *par le toucher rectal*, la pression de la pointe du coccyx, même légère, le contact le plus rapide, déterminent une douleur extrêmement violente, douleur d'une acuité telle que le malade est comme soulevé du sol et projeté en avant.

Il y a lieu d'ajouter que le blessé ne présente pas de signes spéciaux du côté des autres organes et en particulier du côté du système nerveux ; il ne présente également aucun phénomène d'ordre névropathique.

OBSERVATION VIII

(Courtois-Suffit et Bourgeois)

Le nommé M..., âgé de cinquante-cinq ans, garçon cimentier, a été blessé au cours de son travail le 18 juin 1910. En portant une lourde charge de ciment sur l'épaule, il fait, à la suite d'un faux-pas, une chute dans une excavation profonde de 9 à 10 mètres. Après avoir heurté dans sa chute une pièce de bois placée en travers de cette excauation il vint

s'a battre sur le sol. Relevé sans connaissance, il fut transporté à l'hôpital Beaujon où il resta pendant trente-six heures dans le coma. Il résulte des renseignements fournis par les témoins, que M..., au moment de sa chute, était tombé sur la région sacrée, constatation confirmée par l'apparition d'un hématome snr la fesse droite, signalé dans un certificat médical.

Au bout de dix jours, le blessé quitta, non guéri, l'hôpital Beaujon. Il rentra chez lui où il reçut les soins du Dr T.... Ce dernier, n'ayant obtenu aucune amélioration par aucun traitement médical, cessa ses soins le 8 septembre et, d'accord avec le médecin de la compagnie d'assurances, considéra l'état du blessé comme définitif.

Nous vîmes le blessé le 24 octobre 1910 et voici quel fut le résultat de notre examen :

M... qui est âgé de cinquante-cinq ans semble certainement plus vieux que son âge. Il se plaint de ressentir encore des douleurs dans le dos, dans la tête, dans les reins et surtout une douleur très violente au bas de la colonue vertébrale, dans la région sacrococcygienne, douleur qui l'empêche, dit-il, de marcher, de s'asseoir, de s'accroupir, etc.

Cette douleur, de siège très spécial, semble être apparue très vite après le traumatisme. Si l'on excepte en effet les trente-six heures de coma, on apprend que dès le deuxième ou troisième jour après l'accident, on dut placer M... sur un coussin creux pour que la région sacrée ne portât pas sur le plan du lit. Quand le blessé revint chez lui, cette douleur coccygienne existait toujours mais, tout en étant manifeste, elle était masquée par des symptômes beaucoup plus graves : M..., en effet! présentait, outre les traces de contusions mul-

tiples, les signes d'une broncho-pneumonie qui aurait débuté quelques jours après le traumatisme et que l'on considérait comme consécutive à une fracture de côtes. Il ne reste actuellement plus de traces de ces contusions, non plus que de la fracture de côtes et de la broncho-pneumonie. L'examen des autres organes ne révèle également rien de spécial et ce qui frappe seulement à l'examen du blessé, c'est sa démarche et son attitude.

Il peut arriver à se déshabiller seul, mais il le fait avec lenteur et malaisément, comme s'il existait une gêne douloureuse ou de la raideur des muscles du tronc. On remarque quand il marche, une raideur du rachis accompagnée d'une légère flexion en avant. Il n'avance qu'à petits pas, prudemment, car tout mouvement trop brusque détermine aussitôt une douleur vive dans la région sacro-coccygienne.

Il peut s'allonger sur son lit, et ne semble pas éprouver de douleur dans le décubitus horizontal. Il peut, dans cette position, fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, mais il est impossible à M... de s'asseoir sur son lit, en reposant également sur les deux fesses.

Quand on le prie de s'asseoir sur une chaise, on constate qu'il se tient dans une position très spéciale ; il est penché sur le côté, une seule fesse reposant seulement sur la chaise, de façon à isoler la région coccygienne. Il lui est impossible de s'asseoir droit, tant sont vives les douleurs qu'il ressent alors, toujours au même endroit, entre les deux fesses. Il lui est impossible également de s'accroupir pour aller aux cabinets et il est obligé de faire ses besoins sur une chaise percée. Il peut aller à la selle et expulser les matières sans

trop souffrir. L'acte de la défécation n'est pas, de tous, le plus douloureux.

La douleur dans le fondement ne survient pas seulement à l'occasion de la marche, de la station assise, ou de la position accroupie ; elle se manifeste même à l'occasion d'un simple effort causé par la toux ou par un éternuement, mais elle est alors beaucoup moins violente.

L'examen local démontre que la douleur provoquée est vive quand on appuie le doigt sur la face postérieure du coccyx, mais qu'elle devient absolument intolérable quand le doigt introduit dans le rectum (toucher rectal) vient appuyer même légèrement, sur la pointe de l'os. On voit alors le blessé se redresser brusquement comme s'il était mû par un ressort, en accusant une douleur extrêmement vive. Cette réaction est si intense que l'examen en est rendu malaisé. Il semble cependant que la pointe du coccyx est recourbée en avant.

Ces douleurs, par leur persistance et par leur intensité, ont certainement retenti sur l'état général de M..., qui est amaigri, qui, dit-il, dort mal et s'alimente mal.

En résumé, le traumatisme a déterminé chez M..., outre des contusions multiples, une fracture de côtes compliquée de lésions pulmonaires et, semble-t-il, une luxation du coccyx. Cette dernière lésion est la cause de douleurs violentes, spontanées, douleurs éveillées par les actes les plus ordinaires de la vie. Cette douleur (coccygodynie) qui empêche le blessé de se livrer à un travail régulier, constitue une infirmité permanente partielle et un déchet très important. Cette lésion est susceptible de s'améliorer seule mais au bout d'un temps qu'il est impossible de fixer.

OBSERVATION IX

(Balthazard)

Le nommé B..., âgé de trente-trois ans exerce la profession de menuisier en bâtiment.

Il était occupé le 18 septembre 1909 à décharger des poutres de pitchpin lorsque l'une d'elles tomba brusquement sur un énorme bastaing qui fut brisé en deux. Or à ce moment B.se trouvait à califourchon sur l'une des extrémités du bastaing qui en se brisant vient frotter entre ses jambes et sur la fesse gauche. Il poussa un cri et tomba par terre.

Le médecin traitant constata une tuméfaction ecchymotique de la fesse gauche et du périnée.

Le blessé reprit son travail le 4 novembre, mais encore à l'heure actuelle il est fréquemment obligé de l'interrompre.

Il se plaint au moment de notre examen de douleurs dans les reins qui empêchent la flexion du tronc en avant et de douleurs dans la région coccygienne survenant à l'occasion de la défécation,

On constate qu'il existe un certain degré d'arthrite sacro-iliaque gauche et de plus de la douleur à la pression au niveau du coccyx.

Le doigt, introduit dans le rectum permet de diagnostiquer un déplacement en avant de la point du coccyx. Cet os est doué d'une grande mobilité et peut être facilement ramené en arrière quoique cette manœuvre provoque de vives douleurs ; mais dès qu'on abandonne le coccyx à lui-même la pointe revient en avant de telle façon que cet os se place presque à angle droit sur le sacrum.

Il existe donc une rétraction des ligaments sacro-coccygiens antérieurs qui ont cependant conservé une certaine élasticité.

L'épreuve radiographique qui nous est soumise est trop peu nette, comme il arrive malheureusement trop souvent, pour qu'on puisse en tirer une indication utile.

Abstraction faite de l'arthrite sacro-iliaque qui diminue indubitablement la capacité pour le travail on peut se demander si la coccygodynie ne donne droit à aucune indemnité dans le cas présent.

Certes, la douleur est très vive, mais elle ne gène pas la marche et n'a pas d'influence sur le travail. Elle ne survient qu'à l'occasion de la défécation au moment où le bol fécal vient presser sur le coccyx et le refoule en arrière. En tout cas le principe d'une indemnisation reposerait uniquement sur l'état de dépression, dû à la douleur, dans lequel pourrait se trouver B après chaque défécation.

Il est bien évident que, dans le cas présent, l'indication d'une intervention chirurgicale est nettement posée ; le blessé acceptera d'autant plus facilement l'opération qu'elle le soulagera des douleurs insupportables sans modifier l'indemnité à laquelle il a droit du fait des lésions sacro-iliaques qui seules entravent le travail d'une façon directe.

OBSERVATION X

(Balthazard.)

Un charpentier en bâtiment, cinquante-deux ans, P... est victime le 21 février 1910 d'un accident du travail dans les circonstances suivantes :

Il maniait un treuil, lorsque le levier lâcha et il tomba brusquement en arrière sur les fesses et la région lombaire. Il se produisit un hématome de la fesse droite qui suppura et que l'on dut inciser et drainer. De plus il existait une sensibilité très vive du coccyx qui fit penser à une fracture ou à une arthrite sacro-coccygienne.

Trois mois après, les douleurs de la région coccygienne constituaient encore un obstacle à la reprise du travail.

Au moment de notre examen, six mois après l'accident, la marche est facile, mais la pression de la région coccygienne provoque encore de vives douleurs. Par le toucher rectal on ne constate aucune modification soit dans la forme, soit dans la situation du coccyx. Cet os est soudé au sacrum sans que nous puissions dire si cette soudure est la conséquence d'une arthrite ankylosante traumatique ou d'un processus d'ossification dans le joint sacro-coccygien qui s'observe assez fréquemment d'une façon spontanée après cinquante ans.

Le blessé n'éprouve aucune douleur pendant la défécation. Il existe encore une arthrite des articulations vertébrales inférieures qui réduit à 8 o/o la capacité pour le travail. Mais nous estimons que la coccygodynie n'entraîne pas elle-même d'incapacité permanente partielle et qu'elle est en voie de guérison.

OBSERVATION XI

(De Vésian.)

M^me^ X..., quarante-trois ans, entre à notre clinique dès les premiers jours de janvier 1907 pour une métrite catar-

rhale déjà ancienne s'accompagnant d'antéflexion très prononcée.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents personnels.

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement. Durée quatre jours. Mariée à vingt ans, quatre enfants à vingt-trois, vingt-cinq, vingt-neuf, trente-deux ans. Accouchements normaux, n'ayant rien présenté de particulier. Suites de couches normales. Les règles sont revenues après l'allaitement sans aucun incident notable ; une fausse couche de trois mois environ il y a deux ans pour laquelle la malade requit des soins insuffisants ; aussi n'hésitons-nous pas à rattacher à elle les troubles métritiques dont elle souffre à cette époque.

Pertes légèrement jaunâtres empesant le linge, sans odeur. Règles plus abondantes, d'une durée de six à huit jours environ avec caillots. Quelques phénomènes de cystite dus à l'irritation de la vessie par la matrice antéfléchie.

Pesanteur dans le bas-ventre, s'accusant à la marche. Irradiations douloureux dans les deux cuisses. Troubles gastriques d'origine réflexe.

L'examen de la malade à son entrée à la clinique nous donne les renseignements suivants :

Culs-de-sac latéraux libres, légèrement douloureux. Cul-de-sac antérieur occupé par la matrice antéfléchie, dont le col, gros, volumineux, violacé, entr'ouvert, repose par la lèvre inférieure sur la paroi postérieure du vagin.

Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt, appuyé sur la colonne du vagin au niveau du coccyx, réveille une douleur aiguë, très vive, qui arrache des cris à la malade. Cette dou-

leur est d'ailleurs spontanée dans les efforts que fait la malade pour se lever, éternuer.

Détail à noter, la position assise est particulièrement pénible et Mme X... s'assied toujours sur le bord d'une chaise et sur une fesse seulement.

En arrière, sur la face postérieure du coccyx à 2 centimètres au-dessus de l'anus, la douleur est encore plus vive et plus aiguë.

Nous instituons d'abord un traitement gynécologique espérant que la malade en retirera au point de vue de sa névralgie un soulagement sensible sinon la guérison complète.

Décongestion de la matrice avec des tampons de triphénol glycériné, redressement, lavages, cautérisation à l'aluminol iodé.

Entre temps, nous avons pratiqué quelques injections sous-cutanées de cocaïne à 1 o/o. Nous avons prescrit l'emploi de suppositoires cocaïnés, belladonés, fait une série de pointes de feu.

Le traitement gynécologique touche à sa fin. La malade va très bien au point de vue génital, mais il n'en est pas de même du côté de la névralgie qui persiste toujours aussi rebelle et aussi douloureuse.

C'est alors que nous avons l'idée de recourir aux injections d'alcool à 60 degrés.

Nous introduisons l'index gauche dans le rectum et repérons le sommet du coccyx et sa face antérieure. Une aiguille à seringue de Roux dûment stérilisée est alors enfoncée dans la masse musculaire membraneuse suivant une direction parallèle à notre doigt à 3 centimètres environ en arrière de l'anus ; un léger mouvement de bascule lui fait

sauter le sommet du coccyx et lui permet d'aborder facilement sa face antérieure.

Nous poussons une injection de 2 centimètres cubes d'alcool à 60 degrés,nous dirigeons notre aiguille dans tous les sens au fur et à mesure et nous la retirons de suite d'un mouvement brusque.

Sur la face postérieure du coccyx, le manuel opératoire est encore plus simple. Nous piquons la peau perpendiculairement à la surface osseuse et nous injectons 1 à 2 centimètres cubes. L'injection, assez douloureuse sur le moment n'est accompagnée d'aucune réaction inflammatoire. Pas d'œdème, pas de gonflement.

Dès le lendemain la malade nous annonce un mieux sensible. La région coccygienne est moins douloureuse à la pression, la position assise est supportable. L'amélioration continue et très évidente durant les derniers jours qu'elle passe à la clinique. Elle sort le 25 janvier 1909 enchantée de ne plus souffrir. Quand à nous, nous restons sceptiques et annonçons à la malade qu'elle devra venir se faire piquer à nouveau dans quelque temps.

Fin avril, la malade nous écrit pour nous dire tout le bien-être qu'elle ressent. Elle n'éprouve plus aucune douleur.

Elle vague à ses occupations ménagères, pique à la machine et il n'est plus question pour elle de douleur névralgique.

CONCLUSIONS

I. — La coccygodynie, longtemps considérée comme survenant à peu près exclusivement chez la femme et à l'occasion d'affections des organes génitaux est loin d'être exceptionnelle chez l'homme où elle succède le plus souvent à des traumatismes de la région ano-coccygienne ; mais où elle peut parfois aussi survenir du fait d'une prostatite chronique.

II. — Caractérisée sous sa forme aiguë par des douleurs extrêmement vives rendant la marche ainsi que certaines attitudes impossibles, cette affection constitue une *infirmité*.

III. — On a longtemps admis que seul, le traitement chirurgical: résection du coccyx, était capable de guérir cette maladie. Avant de recourir à cette intervention, on doit essayer les injections d'alcool à 60 degrés dans la région coccygienne ainsi que la ponction lombaire. Ces traitements ont en effet procuré des guérisons.

IV. — Survenant à l'occasion d'un accident de travail, la coccygodynie soulève des problèmes médico-légaux très délicats : *Taux de l'incapacité permanente et partielle à accorder au blessé; Droit*

du blessé de refuser l'opération de la résection du coccyx. Ces problèmes très difficiles à résoudre tant au point de vue juridique que médico-légal, n'ont pas encore été solutionnés par les décisions des tribunaux.

Vu : le Président de thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Amann. — Zur behandlùng des coccygodynie (Bayer Artzl. Intelligenz. bl., 1870, n° 30).

Allingham. — Diseases of the rectum. London, 1873.

Balthazard. — Société de médecine légale, 1911, n° 1, janvier, p. 3.

Beigel (H.). — Krankheit des Weibl. geschlechts, 1875,t. II, p. 731.

Courtois-Suffit. — La Coccygodynie, accident du travail (Annales d'Hyg. publ. et méd. légale, 1904).

Courtois-Suffit et Bourgeois. — Deux cas de coccygodynie d'origine traumatique, leur interprétation médico-légale (Société de méd. légale, 1910, et Gaz. des Hôpitaux, 1910, n° 142).

Carrière. — La Sacro-coccygodynie (Écho médical du Nord, 1898, p. 592-596).

De Vesian. — Un cas rebelle de coccygodynie traité et guéri par les injections d'alcool à 60 degrés (Rev. mens. de Gynécologie, obstétrique et pédiâtrie, 1907, p. 260-263).

Forgue et Jeanbrau. — Guide du médecin dans les accidents du travail, 1909 (article Coccygodynie).

Courty. — Traité de gynécologie.

Gillette. — Courrier médical, 1874, p. 235.

Gallard. — Traité de gynécologie.

Gosselin. — Gazette des Hôpitaux, 1861, p. 489.

Gross. — System of Surgean. Philadelphie, 1872.

Gräfe. — Ein beitrag zùr Ætiologie ùnd therapie des coc-

cygodynie (Zeitschrifft für gel-ùnd gyn., 1888, t. XV, p. 344, n° 2).

Hörschelmann. — Petersb. med. Zeitschrifft, 1862.

Hyrttl. — Handbùch des topograph. anatomie, 1871, p. 22, t. II.

Jenks. — Paper read before the Michigan state medical society at Saginaw, june 1873.

Moore. — Brit. med. Journal, 8 février 1890, p. 301.

Mursick. — American journal of med. sciences, janvier 1876, p. 122.

Nott. — New. Orleans med. journal, mai 1844.

— American journal of obstetric., nov. 1868, t. I, p. 243.

Plum. — Hosp. Tid, 1877, p. 33.

Petit (G.). — Accidents liés aux déplacements du coccyx et aux luxations de cet os. Thèse de Paris, 1900-1901, p. 54.

Pozzi et Jayle. — Traité de gynécologie.

Rockwell. — Note sur trois cas de coccygodynie traumatique (Proc. medic. county knig Brooklyn., 1876, p. 239).

Scanzoni. — Wurtzburg medizin Zeitschrifft, 1861, t. II, p. 4.

— Lehrbuch des fraùen krankheit, 1867, p. 325.

Simpson (J.). — Medic times and gazette, 1859, t. II, p. 7.

— Edimbourg medical and Sing Journal, july 1861.

Tillaux. — Coccygodynie. Résection du coccyx (Praticien, 1885, t. VIII, p. 293-295).

Worms. — Dict. Dechambre, art. Coccygodynie, t. XVIII, p. 174-179.

Vignes et Pouliot. — Syndrome douloureux bénin des femmes enceintes (Journal de médecine de Paris. 1912).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1553-12